CONSIDÉRATIONS

N° 208.

SUR LE TRAITEMENT DE

LA TUMEUR BILIAIRE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 2 août 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR LOUIS-BASILE-JOSEPH CARRÉ, de Florent,

Département de la Marne;

Chirurgien sous-aide au Val-de-Grâce.

Si la physiologie était plus avancée, la thérapeutique serait plus efficace.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN.
	.....
Pathologie médicale	DUMÉRIL.
	ANDRAL, Suppléant.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS, Président.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER, Examinateur.
	BOUILLAUD.
	CHOMEL, Examinateur.
	ROSTAN.
Clinique chirurgicale	BOYER.
	JULES CLOQUET, Examinateur.
	DUPUYTREN.
	ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann, Suppléant.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon, Examinateur.
Broussais (Casimir).	Piorry, Examinateur.
Cotterreau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dublerd.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MONSIEUR

LE VICOMTE TIRLET,

Lieutenant-Général d'Artillerie, et Député de la Marne.

L.-B.-J. CARRÉ.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

CONSIDÉRATIONS

SUR LE TRAITEMENT DE

LA TUMEUR BILIAIRE.

De tout temps, l'attention des médecins a été attirée par la rétention de la bile dans ses canaux excréteurs, rétention qui constitue une affection grave et souvent mortelle. Jusqu'ici, pourtant, une thérapeutique timide, presque exclusivement médicale, a été dirigée contre elle. C'est en vain qu'à diverses époques quelques opérations chirurgicales, quelques faits d'anatomie pathologique, sont venus démontrer que la bile pouvait être déviée de sa route naturelle et cesser de couler dans l'intestin; c'est en vain que *J.-L. Petit,* dans certains cas bien déterminés, a établi le précepte formel de plonger le trois-quarts dans la vésicule biliaire : les médecins n'en ont pas moins continué à s'en tenir aux moyens internes, et l'on a vu tout récemment (Gazette des Hôpitaux, juillet 1833) M. *Jacques* venir vanter le remède de *Durande,* sans apporter, comme on le pense bien, aucun fait probant à l'appui d'une telle médication. Ici, comme dans tous les cas pareils où il s'agit d'un obstacle mécanique, les moyens internes sont nécessairement peu efficaces, et l'on doit en bonne pratique en chercher d'autres. Une analogie évidente aurait dû mettre sur la voie des re-

cherches. L'on sait en effet que l'urine, comme la bile, peut donner lieu à des accidens de rétention auxquels on remédie par une opération chirurgicale : qui a pu empêcher d'agir de même pour la bile? Certes, l'idée a dû en venir à beaucoup de médecins; mais elle était écartée par une conviction profonde, l'indispensable utilité de la bile dans la digestion. Si nous parvenons à prouver que la bile est, comme l'urine et les autres fluides analogues, un liquide purement excrémentitiel, qui, une fois séparé du sang, doit être rejeté au dehors; si nous parvenons à prouver que quand ce rejet ne peut avoir lieu, les accidens sont les mêmes que ceux qui accompagnent la rétention de tous ces fluides, nous serons en droit d'en conclure que l'on doit traiter la rétention de la bile comme toutes les autres rétentions. Des circonstances locales, comme la cavité péritonéale à traverser, l'impossibilité d'établir un diagnostic certain, pourraient seules encore arrêter le praticien; mais nous verrons qu'elles ne constituent point un motif suffisant pour l'empêcher d'appliquer ici les principes reçus en thérapeutique chirurgicale.

Ainsi je dois commencer par examiner quelle est au juste l'importance de la bile dans la digestion. De ce que ce fluide une fois sécrété se trouve en contact avec l'appareil digestif, doit-on, comme on l'a fait, en conclure qu'il est l'agent essentiel des fonctions de cet appareil? doit-on croire que, sans l'action qu'il exerce sur les alimens, l'assimilation de leur partie nutritive n'aurait pas lieu? Pour le savoir, je vais interroger la physiologie et la pathologie, les animaux vivans et l'homme malade.

La digestion a évidemment pour but de mettre les alimens dans des conditions telles qu'une partie puisse être absorbée et servir utilement à la nutrition. Voici comment je conçois ce grand phénomène : dans toute l'étendue du tube digestif, depuis la bouche jusqu'à l'anus, les alimens sont baignés par un liquide venant de diverses sources, et renfermant des principes dissolvans, et des principes assimilateurs. Toujours à peu près le même ce liquide varie seulement dans sa quantité et son énergie, selon le point du canal où on

le considère. Nulle part il n'est aussi abondant ni aussi actif que dans la cavité stomacale, où a lieu, sans contredit, la plus grande somme du travail de la digestion. L'on voit donc que c'est bien à tort que l'on a voulu donner différens noms à la masse alimentaire selon le point du canal digestif où elle est arrivée. Les changemens qu'elle subit sont partout les mêmes : partout elle est pénétrée et ramollie par le fluide qui la dénature et l'assimile; partout elle est appliquée à la surface de la muqueuse qui s'imbibe de sa partie la plus ténue, dont les absorbans s'emparent; en sorte que le canal digestif semble être une espèce de crible dans lequel la masse alimentaire, ramollie et assimilée par le suc intestinal, est séparée en deux portions, dont l'une est emportée dans le torrent circulatoire et l'autre rejetée au dehors. Disons pourtant qu'il y a deux grands centres d'action : d'une part l'estomac, pour l'acte de chimie vivante, et de l'autre l'intestin grêle pour l'absorption. Je ne m'arrêterai pas à prouver longuement que les choses se passent ainsi que je viens de le dire. Qui ne connaît les expériences si belles et si concluantes de *Spallanzani*, *Réaumur*, *Stevens*, auxquelles les savantes recherches de MM. *Tiedmann* et *Gmelin*, *Leuret* et *Lassaigne*, ont donné le dernier degré d'évidence? J'arrive à la discussion de la part que prend la bile dans ces importans phénomènes.

Que l'on puisse digérer sans que la bile arrive dans l'intestin, nous n'aurons que l'embarras du choix pour en donner les preuves. Commençons par les vivisections. Il y a long-temps déjà que l'on a lié pour la première fois le canal cholédoque. Ainsi, pour ne citer que nos contemporains, on sait que cette expérience a été faite par MM. *Brodie*, *Magendie*. *Tiedmann*, *Gmelin*, *Leuret* et *Lassaigne*, et tout récemment encore par M. *Benjamin Philips*. Déjà M. *Brodie* avait établi que la digestion stomacale n'est point pour cela interrompue; mais les expérimentateurs venus ensuite ont été plus loin que lui. Voici comment s'exprime M. *Magendie* : « J'ai souvent lié le canal cholédoque sur des animaux adultes. La plupart sont morts des suites de l'ouverture de l'abdomen et de la manœuvre nécessaire pour lier le canal cholédoque. Dans

deux cas, les animaux ont survécu plusieurs jours ; la digestion avait continué, du chyle blanc avait été formé, et des matières stercorales produites : ces dernières n'étaient pas colorées comme à l'ordinaire, et cela n'a rien d'étonnant, puisqu'elles ne contenaient pas de bile. » MM. *Tiedmann* et *Gmelin* ont expérimenté sur neuf chiens : tous éprouvèrent des accidens ; ils eurent des nausées, des vomissemens, de l'inappétence, une grande soif; trois succombèrent à une péritonite intense. Le second ou le troisième jour, l'urine se colorait en jaune, et était rendue en abondance ; les matières fécales, plus rares, d'un blanc grisâtre, argileuses, très-consistantes, répandaient une odeur particulière très-désagréable ; chez deux le conduit se rétablit, la bile reprit son cours, et l'ictère disparut : ce fut le dixième jour chez l'un, et le quinzième chez l'autre. Les quatre autres recommencèrent bientôt à prendre de la nourriture. On les assomma encore pleins de vie, au bout d'un temps variable, quelquefois plus de quinze jours. Ils avaient mangé un peu avant d'être tués : le produit de la digestion fut examiné dans l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin ; il n'offrait aucune différence notable d'avec ce qu'il est chez des individus sains, excepté pourtant qu'on ne retrouvait pas dans les deux dernières parties du tube digestif les caractères fournis par la bile. En ouvrant le canal thoracique, on obtint du chyle, qui se comporta à la manière ordinaire; ainsi ce chyle se divisa en deux parties, sérum et caillot. Tous ces résultats sont fondés sur un examen comparatif fait avec beaucoup d'attention et une grande habileté; les expérimentateurs avaient tué en même temps des animaux sains, pour mieux établir le parallèle. Les deux actes fondamentaux de la digestion, fluidification et assimilation de la partie nutritive des alimens, ont donc eu lieu en l'absence de la bile, et la ligature du canal cholédoque n'a pas empêché le chyle de se former. Je ne rapporterai pas les expériences de MM. *Leuret*, *Lassaigne* et *B. Philips*, parce que le résultat ayant été le même, notre conclusion leur est applicable.

L'état pathologique chez l'homme va nous offrir de semblables

expériences faites par la nature elle-même avec un résultat analogue. Quel médecin n'a pas rencontré dans sa pratique de nombreux cas d'ictère, dans lesquels la décoloration des matières fécales prouve assez que la bile n'arrive plus dans l'intestin? Qu'observe-t-on chez ces malades? Sans la teinte jaune de leur corps, la plupart se croiraient en bonne santé; il en est même qui conservent l'appétit et mangent avec plaisir: seulement il y a un peu de constipation. J'ai encore eu tout récemment l'occasion de vérifier ce que j'avance. L'un de mes collègues, au Val-de-Grâce, fut atteint d'ictère; les selles étaient pâles et décolorées, et cependant l'appétit persistait; il y avait un peu de constipation. Le pouls avait une lenteur remarquable, que j'ai retrouvée dans tous les cas d'ictère simple que j'ai vus. Quoique convalescent d'une autre maladie, sa nutrition n'a nullement souffert de cet accident. D'ailleurs ne trouve-t-on pas dans tous les auteurs des faits qui prouvent que l'on peut vivre très-long-temps, la bile n'arrivant plus dans l'intestin? On a vu des affections du foie durer six mois et plus; pendant tout ce temps les matières fécales étaient décolorées, et cependant les malades ne périssaient pas d'inanition! M. *Andral* en rapporte un exemple remarquable. Un fort de la Halle eut, à la suite d'une diarrhée, un ictère accompagné de la décoloration des matières fécales. Cet état dura quatre mois. Un jour, en se retournant dans son lit, il fut pris tout à coup d'une douleur extrêmement vive dans tout le ventre, et succomba. A l'autopsie, on trouva la vésicule du fiel rompue, et la bile épanchée dans la cavité du péritoine. Dans combien de cas n'a-t-on pas trouvé le foie complètement atrophié, la vésicule changée en tissu cellulaire, les canaux en cordons ligamenteux, chez des sujets ictériques depuis long-temps! Et pourtant ils avaient continué à vivre! Chez ces malades, la sécrétion du foie avait cessé, la bile n'était plus formée, et l'appareil excréteur, devenu inutile, avait disparu. Il arrive aussi que la bile qui continue à être sécrétée est rejetée au-dehors sans passer par la cavité de l'intestin, et le malade n'en est pas davantage incommodé. En

voici un exemple que M. *Civiale* a communiqué à l'Académie des Sciences il y a deux ans.

C'est un officier alors en traitement à l'hôpital Necker, qui, dans la campagne de 1812, reçut un coup de lance dans l'abdomen, et fut laissé pour mort sur le champ de bataille : le coup avait pénétré dans la cavité abdominale du côté droit, à deux pouces de l'ombilic. Depuis, le malade avait vécu dans des alternatives de santé et de souffrance; mais dans les derniers temps, son état avait sensiblement empiré, lorsque la présence d'un calcul vésical ayant été reconnue, il se décida à venir à Paris. Il entra, au mois de septembre 1831, dans le service des calculeux. Alors les organes digestifs semblaient profondément atteints; il en était de même du foie, qui avait acquis un grand volume et descendait jusqu'à l'ombilic. Un abcès se forma dans ce dernier organe : on l'ouvrit avec les précautions convenables. La suppuration était presque tarie lorsqu'on vit sortir un fluide verdâtre; et un jour, à la suite d'une violente colique, il sortit par l'ouverture une quantité considérable de bile; trois jours après, les matières fécales devinrent blanches, mais il n'y eut ni constipation ni dévoiement, et les fonctions digestives se rétablirent peu à peu, quoiqu'il sortît dans les vingt-quatre heures environ un verre de bile. Cette quantité diminua, à la vérité, quelque temps après, et malgré cette complication, l'opération de la lithotritie a été pratiquée sur le malade. (Archives générales de Médecine.)

Ainsi, ce malade rendait chaque jour un verre de bile, et cependant sa santé n'en fut pas altérée; loin de là, c'est à cette époque qu'elle s'améliora au point qu'on put le soumettre à la lithotritie.

On voit donc que chez l'homme lui-même, la digestion continue en l'absence de la bile.

Si c'était ici le lieu, je démontrerais que pour ne remplir qu'un rôle bien secondaire dans la digestion, le foie ne perd pour cela rien de son importance. Il me serait facile de montrer cet organe, en correspondance d'action avec le poumon, concourir de concert avec lui

au grand acte de l'hématose : alors nous verrions dans la série animale le développement du foie osciller avec celui des poumons ; nous verrions le foie continuer à agir pendant le sommeil des hibernans, à une époque où la digestion, tout à fait nulle, eût entraîné la nullité d'action du sécréteur de la bile, s'il y avait corrélation entre ces deux appareils ; nous le verrions chez le fœtus, volumineux et parcouru par une grande quantité de sang, faire évidemment subir à ce fluide des modifications qui le rendent propre à servir à la nutrition du nouvel être, et en extraire un produit qui n'a certainement aucune mission à remplir, puisque l'organe où il se rend n'a pas encore de fonction. Je ne sais s'il résulte de tous ces faits que le foie est avant tout un organe d'hématose; mais à coup sûr, ils prouvent que son importance dans la digestion est au moins très-secondaire. Dois-je en conclure qu'elle est tout à fait nulle? J'avoue que telle n'est pas mon opinion, et je crois que si la bile est versée en haut du tube digestif, c'est qu'elle y est de quelque utilité. En effet, ses principes irritans par la stimulation qu'ils exercent sur la surface de l'intestin, favorisent la digestion, comme le prouve la constipation habituelle des ictériques ; et c'est si bien là toute son action, que ces mêmes principes sont rendus avec les matières fécales, où il est facile de reconnaître la résine, la matière colorante, la cholestérine, le mucus et les sels : ils ne peuvent donc servir, ni comme dissolvans, ni comme assimilateurs, à moins de n'avoir qu'une action à peu près inappréciable, et dont la suppression est sans résultat fâcheux.

Il résulte clairement de cette discussion que le foie, organe d'hématose, n'a, comme je l'ai déjà dit, qu'un rôle purement secondaire dans la digestion, et qu'il peut cesser d'être en communication avec l'intestin sans aucun inconvénient grave. La bile, donc, n'a guère que des rapports anatomiques avec le tube digestif: c'est un liquide à peu près purement excrémentitiel, et, ce qui importe avant tout, c'est qu'il soit rejeté au-dehors.

Que cette dernière condition vienne à ne plus être remplie ; que la bile, ne trouvant plus d'issue, soit retenue dans ses voies d'excrétion,

oh ! alors, les phénomènes que nous observerons indiqueront clairement l'importance de la fonction qui ne se fait plus. La stagnation du liquide, son augmentation par l'afflux continuel qui a lieu, produiront, par le fait seul de cette accumulation insolite, des dangers pressans dont un traitement énergique pourra seul triompher. En voici quelques exemples.

Ire. OBSERVATION.

Un cordonnier, âgé de trente-cinq ans, entra à la Charité le 8 novembre 1821. Six jours auparavant, à la suite d'un excès de table, il fut pris d'une assez vive douleur à droite de l'épigastre, un peu au-dessous du bord des côtes. Le lendemain il s'aperçut qu'il était jaune. Le 9 novembre, septième jour, il présenta l'état suivant : teinte jaune des conjonctives et de toute la surface de la peau, douleur obtuse à l'hypochondre droit; au-dessous de l'extrémité antérieure de la onzième côte, on sent une tumeur pyriforme, mobile sous le doigt, indolente, dont la grosse extrémité dépasse un peu le niveau de l'ombilic, et dont la petite se perd derrière les côtes. La langue est naturelle, la soif peu vive, l'appétit nul, les selles rares et décolorées. Le pouls est fréquent, la peau chaude et sèche. Nous regardâmes la tumeur comme produite par la vésicule remplie de bile. (Sangsues à l'anus, petit-lait avec acétate de potasse, diète.) Les quatre jours suivans, la tumeur augmenta, aucun autre changement n'eut lieu. Dans la journée du 13 novembre, onzième jour de l'invasion de la douleur, le malade fut pris tout à coup d'une douleur beaucoup plus vive, qui, partant de la région du foie, envahit bientôt la totalité de l'abdomen. Le lendemain, la douleur persistait; son extrême acuité, son exaspération par la pression la plus légère, indiquaient suffisamment qu'elle avait pour cause une inflammation péritonéale; la face est pâle, grippée, profondément altérée; anxiété générale portée au plus haut degré; pouls petit, très-fréquent; extrémités déjà froides. La mort arriva dans l'après-midi.

Autopsie. Le péritoine était rempli d'un liquide purulent, dont la teinte, généralement jaune, le devenait beaucoup plus dans le flanc droit. La surface du duodénum présentait une couleur rouge intense. Le point où s'ouvre le canal cholédoque était marqué par une petite tumeur arrondie, large d'une ligne au plus, au centre de laquelle on voyait une sorte d'orifice capillaire. Un stylet très-fin, introduit dans cet orifice, ne rencontra pas d'abord de cavité; poussé avec force, il parut franchir un obstacle, et s'engagea dans le canal cholédoque qu'il parcourut avec peine, comme si la cavité se trouvait effacée et que le stylet la reformât à mesure qu'on le poussait. Incisé, il ne présentait qu'une cavité imperceptible à parois très-friables. Les canaux hépatique et cystique présentaient, ainsi que la vésicule, une augmentation notable de capacité. Un peu avant l'union de ces deux canaux, l'hépatique offrait une solution de continuité, irrégulièrement arrondie, assez large pour admettre un pois. Autour de cette perforation, les parois étaient saines. Le tissu du foie ne présentait rien de remarquable. (*Andral,* Clinique médicale.)

Chez ce malade, une légère stimulation est portée sur le canal digestif; la membrane muqueuse du canal cholédoque la partage, s'enflamme et s'épaissit; il en résulte un effacement complet de la cavité qui ne peut plus servir à l'écoulement de la bile: dès-lors rétention de ce fluide dans les voies biliaires, tumeur formée par la vésicule. On reconnaît la maladie; mais le médecin reste simple spectateur de la lutte, qui se termine bientôt d'une manière fatale. La bile non évacuée s'épanche dans le ventre, et développe une inflammation rapidement mortelle.

II^e^. OBSERVATION.

Madame ***, âgée de trente ans, attaquée de coliques hépatiques depuis plusieurs années, avait été plusieurs fois mourante par la violence de quelques-unes. Dans toutes, elle se plaignait d'une vive douleur à la région de la vésicule du fiel, à laquelle, malgré son embonpoint (car

elle était très-grasse), je distinguais au toucher la tumeur que formait la plénitude de cette vésicule. Mais le dernier accès fut si violent, la tension, le gonflement si subits et si considérables dans toute l'étendue du ventre, que l'on n'apercevait point de fluctuation. Malgré les secours que l'on tâchait de donner à la malade, son mal augmentait : elle fut deux jours sans connaissance et presque sans force; mais le septième de son accès la douleur, fut dissipée presque entièrement. Cependant les autres symptômes, persévérant toujours, faisaient soupçonner qu'il y avait gangrène dans tous les viscères, et l'on n'espérait plus rien de la malade, lorsque plusieurs évacuations très-abondantes, qu'elle eut par les selles pendant la nuit, la soulagèrent considérablement. Elle rendit une matière jaunâtre trop abondante et trop pâle pour croire qu'elle ne fût que bilieuse ; l'on jugea qu'il y avait évacuation de pus et de bile. La nuit suivante, la malade dormit, et fut guérie au bout de peu de jours. Sept ans après, elle succomba à une fièvre maligne. On l'ouvrit : le foie et la vésicule du fiel étaient adhérens à l'arc du colon et au péritoine dans une étendue de plus de trois pouces, et je trouvai la vésicule si petite qu'une pierre de la grosseur d'une muscade la remplissait entièrement. (*J.-L. Petit.*)

Ne semble-t-il pas ici que l'on assiste aux symptômes d'une hernie étranglée? Les accidens sont aussi graves, le péril aussi imminent, la cause également bien caractérisée, et pourtant quelle différence dans le traitement ! On abandonne la première aux seules forces de la nature, on dirige contre la seconde toutes les ressources de l'art.

Ce n'est plus, comme dans le cas précédent, un gonflement inflammatoire qui produit la rétention ; la cause en est plus mécanique : c'est un calcul qui s'arrête dans l'un de ces conduits, et l'oblitère complètement. Assez souvent des calculs existent dans la vésicule biliaire, comme dans le réservoir de l'urine ; on sait d'ailleurs que dans tous les liquides animaux, sous l'influence de causes que je ne rechercherai pas, de pareilles concrétions peuvent se former. L'expérience a prouvé que les calculs biliaires peuvent demeurer de longues années dans le réservoir de la bile sans révéler nullement leur présence ; que d'au-

tres fois ils passent inaperçus, et sont rendus avec les matières fécales; que d'autres fois, enfin, ils s'arrêtent dans leur marche à travers les conduits déliés qu'ils parcourent, les obstruent, et refusent tout passage au fluide qui leur a donné naissance, et qui dès-lors s'accumule et produit tous les accidens de la rétention.

III^e. OBSERVATION.

C'est M. *Jacques* qui la rapporte (Gaz. des. Hôpitaux, juillet 1833).

Mademoiselle Delacour, âgée de trente-sept ans, avait eu, trois mois auparavant, une attaque de colique hépatique, quand une seconde, beaucoup plus violente que la première, vint à se déclarer et fut accompagnée d'accidens si graves que la malale y succomba. A l'ouverture du corps, on trouva la vésicule du fiel très-distendue; un calcul obstruait complètement le canal cystique. La pièce anatomique a été présentée à la Société de Médecine pratique.

Dans cette observation comme dans la précédente, c'est un calcul qui cause la rétention biliaire: seulement ici la malade succombe. Dans toutes les deux le canal cystique était le siége de l'obstacle. Il est à remarquer que quand la rétention est causée par un calcul, c'est presque toujours dans le canal cystique qu'il s'arrête. Les accidens sont les mêmes que dans les cas d'oblitération du conduit cholédoque, quoique dans le premier cas la bile n'arrive plus dans la vésicule, et que, par conséquent, la quantité qui s'y trouve ne soit pas accrue par l'afflux continuel qui a lieu dans le second. Il est probable qu'alors l'inflammation produite par le corps étranger se communique à la vésicule; celle-ci se gonfle, irritée d'ailleurs par le seul fait de la stagnation du liquide, qui, sorti des limites de la vie, devient un véritable corps étranger dont l'évacuation est pressante. N'est-ce pas ce que l'on observe chaque jour pour l'urine? Pour peu qu'elle séjourne dans la vessie, n'exhale-t-elle pas une odeur tout à fait caractéristique? Tous les fluides animaux, une fois qu'ils sont sortis de la trame organique, subissent cette même loi. Les accidens, dans le

cas qui nous occupe, n'ont donc rien d'étonnant, et la théorie aurait facilement pu les prévoir.

Il nous serait facile de citer un bien plus grand nombre d'observations pareilles, qui ne manquent pas dans les auteurs; mais que nous apprendraient-elles de plus que celles que nous avons rapportées? Le but que nous nous proposons est de démontrer clairement que quand la bile n'est plus évacuée et se trouve retenue dans son appareil excréteur, les accidens sont ceux que l'on observe toutes les fois que des liquides qui doivent être rejetés au dehors séjournent anormalement dans l'économie; il nous suffira, pour le remplir, de jeter un coup-d'œil rapide et général sur l'histoire de la tumeur biliaire, de faire en peu de mots le résumé de nos observations et de toutes celles du même genre que renferment les auteurs. Nous arriverons ainsi à établir que la règle de conduite adoptée dans un cas doit l'être également dans l'autre.

Comme cause de la rétention biliaire, l'on trouve dans le plus grand nombre des cas l'arrêt d'un calcul dans l'un des conduits cystique ou cholédoque. Ce n'est pas que, dans des cas rares, la présence de l'une ou de plusieurs de ces concrétions dans le canal hépatique ne détermine la rétention de la bile et les accidens qui en dépendent; mais comme alors jamais il n'y a de tumeur biliaire apparente à l'extérieur, nous n'avons pas à nous en occuper. Quelquefois le gonflement inflammatoire de la membrane muqueuse de ces canaux produit le même effet; leur communication avec l'intestin rend possible la pénétration d'un ver dans leur cavité, ainsi que M. *Guersent* en rapporte un exemple : c'est un malheureux enfant qui succomba avec tous les symptômes d'une violente colique hépatique. Il n'est pas jusqu'à l'écoulement par regorgement que l'on ne retrouve pour la vésicule biliaire, quand, de même que la vessie, après avoir été distendue au-delà des limites ordinaires, elle ne revient plus avec assez de force sur elle-même. *J.-L. Petit* rapporte une observation qui met ce fait hors de doute; la vésicule forma tumeur pendant près de trois années; quand on la comprimait, elle se vidait entièrement. Le sujet

était bientôt pris du besoin de rendre les matières fécales, et leur teinte bilieuse attestait d'une manière évidente la présence du fluide hépatique ; la vésicule ainsi vidée reprenait peu à peu son volume. Que doit-on penser du spasme des canaux biliaires, de la colique hépatique nerveuse ? Je suis très-porté à croire qu'elle n'a jamais existé que dans l'imagination de ceux qui en ont parlé. En admettant sa réalité, on ne conçoit pas trop comment un spasme, qui est nécessairement peu durable ou qui est intermittent de sa nature, pourrait empêcher tout écoulement de bile, au point de produire la distension de la vésicule. Au surplus, si cette rétention avait lieu, sa cause ne pourrait être distinguée des précédentes; le même traitement d'ailleurs lui serait applicable.

Ainsi, inflammation et corps étrangers, à cela se réduisent à peu près les causes de la rétention biliaire ; les accidens qu'elle détermine sont surtout relatifs au défaut d'écoulement du fluide sécrété. C'est d'abord un simple trouble dans la fonction de l'appareil excréteur, un prodrome qui est commun à plusieurs maladies : le cours du liquide est gêné, l'on ne sait point encore si l'on aura affaire à une simple inflammation du canal ou à la rétention complète du liquide. Mais bientôt le doute n'est plus permis : le canal oblitéré refuse de livrer passage au fluide, qui s'accumule dans le réservoir, et le distend ; en même temps surviennent, si elles n'existent pas encore, des douleurs plus ou moins vives, et quelquefois tellement aiguës qu'il en résulte la perte de connaissance, des convulsions et même la mort. Le fluide, ou résorbé, ou n'étant plus séparé du sang, peu importe ici l'explication, donne dans toute l'économie des signes de sa présence ; tous les tissus et tous les liquides sont colorés en jaune ; les matières fécales sont pâles et argileuses ; une tumeur fluctuante se dessine sur la paroi de l'abdomen, où l'œil et le toucher peuvent s'assurer de sa présence. Si l'art ne vient pas au secours de la nature, la poche et les canaux, après avoir cédé autant que le permet leur texture, se rompent enfin, et le liquide se répand dans les tissus voisins ; la bile s'épanche toujours dans l'abdomen, où elle développe une inflammation rapi-

dement mortelle. Au lieu de se rompre, il arrive souvent que ces parties s'enflamment; le feuillet séreux de la vésicule contracte des adhérences soit avec l'intestin, soit avec la paroi de l'abdomen ; un abcès se forme et s'ouvre dans le tube intestinal ou à la surface de la peau; la vésicule elle-même est percée, et se vide par la voie que le pus lui a ouverte. Ainsi, dans une première période, c'est une simple gêne de l'excrétion; dans une seconde, la rétention est complète; dans une troisième, le liquide déchire la poche, et s'épanche dans le ventre ou sort par une issue que le pus lui a tracée.

C'est bien au défaut d'écoulement de la bile qu'il faut attribuer les accidens que nous venons de décrire, que l'obstacle siége d'ailleurs dans le canal cystique ou cholédoque.

Car le malade de notre première observation a bien évidemment dû sa mort à l'épanchement de la bile, suite de son accumulation par défaut d'issue.

Car dans tous les cas rapportés par *J.-L. Petit*, chez la malade de notre seconde observation et chez beaucoup d'autres, sitôt que la bile put se frayer une voie, tous les accidens disparurent.

Car chez la malade de M. *Jacques*, chez le jeune enfant observé par M. *Guersent*, la présence du corps étranger, l'arrêt de la bile qui en résulta, et l'inflammation due à ces deux causes, surtout à la dernière, ont certainement déterminé la mort.

Cette rétention, une fois bien manifeste, peut-elle disparaître par les seules forces de la nature? Nul doute que l'on n'en possède des exemples; mais le plus souvent cette guérison en est à peine une. Car, qu'un calcul, un moment arrêté dans les voies biliaires, les traverse ensuite, on ne doit point regarder pour cela le malade comme hors de danger, puisque, s'il existe d'autres calculs, comme cela arrive presque toujours, on doit craindre à chaque instant le retour des mêmes phénomènes. On a des exemples de personnes qui, ainsi tourmentées pendant plusieurs années par de fréquens retours de colique hépatique, ont enfin succombé à une dernière plus terrible que les autres. On ne peut d'ailleurs reconnaître à aucun signe qu'une atta-

que se terminera par le retour à la santé ; et attendre dans l'espoir que l'issue sera favorable, c'est étrangement compromettre son malade. On trouvera en outre le plus grand avantage à opérer de bonne heure ; dans le principe, en effet, les conduits ne sont que rétrécis par le boursoufflement de la membrane muqueuse, ou bouchés dans un point seulement par un corps étranger. N'est-il pas possible alors, à l'aide de bougies et d'injections de diverse nature, de rétablir leur calibre? Que l'on se rappelle les avantages que retire l'urètre de ce précieux mode d'exploration, et l'on comprendra de quelle ressource il peut être dans le cas dont nous parlons! Au lieu que si les conduits sont arrivés à l'état ligamenteux, la fistule que l'on aurait pu guérir en opérant plus tôt sera nécessairement incurable.

L'indication est donc précise : il faut opérer sitôt que l'ictère, la décoloration des matières fécales, la tumeur biliaire, ne laissent plus aucun doute sur la rétention complète de la bile.

Mais cette tumeur existe-t-elle dans tous les cas? et quand elle existe, est-on bien sûr de toujours la reconnaître? Que cela tienne à quelque disposition particulière de la vésicule, ou à toute autre cause, l'obstacle, par exemple, dans le canal hépatique, il est de fait que, dans quelques cas de rétention biliaire, aucune tumeur n'apparaît à l'extérieur, et l'on conçoit qu'alors la médecine reste aussi impuissante que quand il s'agit d'un étranglement interne ; mais heureusement le plus souvent cette tumeur se prononce, et il est possible alors de la traiter avec toute l'efficacité désirable. Les auteurs nous apprennent aussi que la tumeur biliaire n'a point toujours été facilement distinguée des autres tumeurs qui affectent le même siége. Ainsi *J.-L. Petit* rapporte que, chez deux malades, on plongea le trois-quarts dans des tumeurs biliaires, croyant avoir affaire à un kyste dans un cas et à un abcès hépatique dans l'autre, et qu'une mort prompte suivit cette opération. Ces deux espèces de tumeurs, abcès et kystes, sont à peu près les seules avec lesquelles la tumeur biliaire puisse être confondue. Or, on distinguera toujours les abcès en ce que, formant d'abord une tumeur rénitente, ce n'est que peu à peu

que celle-ci devient fluctuante dans toute son étendue; encore la fluctuation est-elle toujours bornée par une circonférence dure et gonflée. Pour les kystes, il doit être bien rare qu'ils aient le même siége et la même forme que la tumeur biliaire. La distinction de ces diverses affections n'a plus, au reste, l'importance qu'elle avait autrefois. Le traitement que nous indiquerons est le seul convenable dans les trois cas, et en admettant que de nouvelles erreurs pussent être commises, l'on n'aura par conséquent jamais à se repentir d'avoir agi. L'incertitude du diagnostic différentiel n'est donc nullement une contre-indication de l'opération.

Quant à la crainte d'intéresser le péritoine, elle pouvait arrêter les anciens chirurgiens; mais aujourd'hui qu'on l'incise si souvent avec succès dans l'opération de la hernie, dans l'établissement de l'anus contre nature, il nous est bien permis de ne plus être aussi timides. Que peut-on craindre en effet? est-ce l'épanchement? Mais, ou la vésicule aura contracté des adhérences avec la paroi de l'abdomen, comme cela arrive souvent, et l'on pourra hardiment l'inciser dans toute l'étendue qui aura été mise à découvert; ou ces adhérences n'existeront pas, et l'on devra attendre qu'il s'en soit formé, en se conduisant comme nous le dirons; et dans les deux cas, cet épanchement n'est nullement possible. Est-ce l'inflammation du péritoine? mais l'on incise celui-ci dans une foule de circonstances sans qu'elle survienne, et l'art possède d'ailleurs des moyens pour la combattre quand elle vient à se développer. Rien donc, soit sous le rapport du diagnostic, soit sous le rapport anatomique, ne s'oppose à l'opération.

Dans tout ce qui précède, nous croyons avoir parfaitement établi que c'est tout à fait à tort que l'on abandonne à la nature le traitement de la rétention de la bile. En effet, c'est un liquide à peu près purement excrémentitiel, qui, une fois séparé du sang, est en quelque sorte un corps étranger, dont le rejet au dehors est de la dernière importance. Qu'arrive-t-il quand il est retenu, et qu'il ne peut plus être expulsé? Exactement ce qui arrive pour l'urine dans les mêmes

circonstances : ou le malade succombe aux accidens qui surviennent ; ou, à travers les plus grands dangers, le liquide se fraie un passage, et la nature, comme pour reprocher au médecin son inaction, lui montre la voie qu'il aurait dû suivre. Non-seulement les accidens et l'indication qui en résultent sont exactement les mêmes pour la bile et pour l'urine; mais dans l'un comme dans l'autre cas, une tumeur se forme, et s'offre à l'œil du chirurgien pour guider son instrument, que rien, soit dans l'établissement du diagnostic, soit dans la structure anatomique des parties, ne l'empêche de porter sur elle avec hardiesse. On serait donc coupable, selon nous, de ne point traiter aujourd'hui la rétention de la bile comme celle de tous les liquides excrémentitiels, et de l'urine en particulier.

Nous allons maintenant poser les règles d'après lesquelles on devra se conduire. Déjà *J.-L. Petit* avait établi le précepte de plonger le trois-quarts dans la vésicule biliaire ; mais il voulait qu'auparavant l'on s'assurât de l'adhérence de cette poche avec les parois de l'abdomen, recommandant bien de ne pas opérer si cette adhérence n'existait pas. Ainsi restreint, le précepte de *J.-L. Petit*, d'une application difficile, puisque ce n'est point facilement que l'on s'assure de l'adhérence de la vésicule, avait encore le désavantage de n'arriver que tardivement et lorsque le malade, après avoir résisté aux plus graves accidens, était sur le point de voir sa maladie se terminer d'elle-même ; car l'adhérence de la vésicule biliaire est en général suivie de la formation d'un abcès, de son ouverture et de la sortie de la bile par la voie qu'il lui a tracée. Pourtant l'opération, même dans ce cas, était encore avantageuse ; car elle faisait en un instant ce qui ne s'accomplissait qu'avec de grands efforts et non sans quelque danger ; mais ne remédiant qu'à une période avancée de la maladie, l'on conçoit la prédilection que les médecins ont conservée pour les fondans, le remède de *Durande* et autres futilités de la même nature. L'opération que nous proposons est fondée sur deux faits que la science doit à M. *Bégin*. Dans deux cas où un kyste volumineux, rempli d'hydatides chez l'un des malades, s'était formé dans la cavité de l'abdo-

men, cet habile chirurgien incisa la paroi abdominale, ouvrit le péritoine, et s'arrêta quand il fut arrivé sur la tumeur; on fit un pansement simple, qu'on leva au bout de deux jours. Des adhérences solides s'étaient formées entre la tumeur et les parois du ventre; le bistouri fut plongé dans la poche, et le liquide évacué. Un succès complet a couronné ces deux belles opérations.

Si, pour des tumeurs d'un grand volume, tapissées intérieurement par une membrane séreuse, on a obtenu de si beaux résultats, que peut-on craindre quand il s'agira de la vésicule biliaire, dont le volume est beaucoup moindre et l'intérieur formé par une membrane muqueuse? Appliquée à la grave affection dont nous venons d'esquisser l'histoire, cette opération présente les plus beaux élémens de succès: on devra donc suivre l'exemple du chirurgien que nous venons de citer. L'incision devra être assez large pour permettre l'introduction du doigt, d'une sonde, de la curette et des tenettes, à l'aide desquels on procèdera à la recherche et à l'extraction des calculs. Si, en arrivant sur la tumeur, on la trouvait adhérente à la paroi de l'abdomen, on devrait l'ouvrir immédiatement; dans le cas contraire, il faudrait attendre et panser la plaie. On sait avec quelle rapidité s'agglutinent les séreuses; six heures suffiraient sans doute pour l'établissement d'adhérences assez solides; mais il sera plus sage d'attendre un jour entier. Les calculs retirés, l'on essaiera de rétablir la liberté des conduits, en y poussant des bougies et des injections que l'on modifiera selon les cas; à l'aide de ces moyens, l'on parviendra, je n'en doute pas, à guérir certains malades sans leur laisser de fistule. Si l'obstacle ne cède pas, elle sera au contraire inévitable. Il est vrai de dire pourtant que quand l'obstacle siégera dans le canal cystique, cette fistule sera insignifiante, et pourra très-bien disparaître entièrement. Tout organe devenu inutile s'efface, et la vésicule alors est complètement inutile, puisque aucun liquide n'est plus reçu dans sa cavité. Nous avons déjà dit que, dans la plupart des cas, l'obstacle se trouvait dans le canal cystique: la bile alors continuera à couler dans l'intestin; et peu importe, dans ce cas spécial, qu'elle soit

ou non un liquide excrémentitiel, puisque son cours ne sera pas interrompu ; si, au contraire, c'est le canal cholédoque qui est oblitéré, sans possibilité de rétablir son canal, il restera une fistule bien plus gênante et tout à fait incurable, puisqu'elle livrera passage à la bile. Nous avons surabondamment prouvé que la vie est compatible avec une telle infirmité.

Tel est le traitement qu'il faudra désormais diriger contre la tumeur biliaire. Si l'on considère que cette affection entraîne en général des accidens aussi graves que la hernie étranglée, l'on ne se permettra pas plus d'hésiter dans l'un que dans l'autre cas. L'opération de la tumeur biliaire est certainement beaucoup moins grave, et les suites n'en sont pas plus fâcheuses ; car l'on pourra souvent, à l'aide des moyens que nous avons indiqués, guérir entièrement, sans laisser de fistule. Quand celle-ci sera inévitable, nous avons vu que dans la plupart des cas ce sera une incommodité si légère qu'on doit à peine la mentionner : restent donc les cas où la fistule sera irrémédiable et livrera passage à la bile ; ces cas sont de beaucoup les moins nombreux, et ce sera certes une incommodité moins grande qu'un anus anormal.

PROPOSITIONS.

I.

Dans les plaies de tête, on ne doit jamais appliquer le trépan que pour extraire les esquilles ou les corps étrangers.

II.

Dans les plaies de poitrine avec lésion du poumon et épanchement d'air dans les plèvres, il n'est jamais indiqué d'ouvrir la plèvre pour la débarrasser de l'air qu'elle contient.

III.

On ne doit jamais non plus, dans les plaies de poitrine avec épanchement de sang, faire l'opération de l'empyème; c'est à la suppuration à débarrasser la poitrine. On pourra ouvrir, bien entendu, sitôt que la collection purulente révèlera sa présence : la partie du sang non absorbée sera entraînée par elle.

IV.

Dans la hernie crurale, l'organe hernié peut s'échapper, non par un endroit toujours le même, mais par trois ou quatre au moins.

V.

Le ramollissement dans les centres nerveux est toujours consécutif à une inflammation.

VI.

Quand l'inflammation occupe l'un des tissus de l'organe respiratoire, elle ne tarde pas à envahir tous les autres si elle se prolonge. Il est rare alors qu'il ne se développe pas des tubercules.

VII.

La péritonite commençante est facilement enlevée par les sangsues appliquées sur les parois abdominales; mais lorsqu'elle a duré plusieurs jours, elle est souvent au-dessus de tous les remèdes.

VIII.

Agir sans théoriser, c'est la même chose qu'agir sans penser.

FIN.